



W.C.C. # de processos em andamento:

PROVIDENCE, SC.

STATE OF RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS

TRIBUNAL DE ACIDENTES DE TRABALHO

Petição do Benefícios por Acidente de Trabalho pelo Empregado

| | | |
|--|--|---|
| 1. NOME DO EMPREGADO FERIDO - Requerente | Número de Seguridade Social XXX - XX - (somente os últimos quatro dígitos) | 6. NOME DO EMPREGADOR - Requerido |
| 2. ENDEREÇO RESIDENCIAL (rua, número, cidade ou vila, estado e código zip) | | 7. ENDEREÇO COMERCIAL (rua, número, cidade ou vila, estado e código zip) |
| | Data de nascimento | 8a. NOME DO REPRESENTANTE PARA A ENTREGA DE CITAÇÕES |
| 3. DESCRIÇÃO DO TRABALHO DO EMPREGADO | | 8b. ENJDEREÇO DO REPRESENTANTE PARA A ENTREGA DE CITAÇÕES |
| 4. NATUREZA DA EMPRESA DO EMPREGADOR | | 9. NOME DA COMPANHIA DE SEGUROS DO EMPREGADOR NA DATA DO FERIMENTO ALEGADO |
| 5. DATA DO FERIMENTO ALEGADO (MÊS, DIA, ANO, HORA) | | 10. O FERIMENTO OCORREU NAS INSTALAÇÕES DO EMPREGADOR? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> NÃO |

11. SE NÃO FOI NAS INSTALAÇÕES DO EMPREGADOR, ONDE OCORREU O FERIMENTO?

12. NOMES E ENDEREÇOS DAS TESTEMUNHAS DO FERIMENTO

13. COMO OCORREU O FERIMENTO?

14. NATUREZA DOS FERIMENTOS E PARTES DO CORPO AFETADAS PELOS FERIMENTOS

15. NOMES DOS MÉDICOS E HOSPITAIS QUE PRESTARAM SERVIÇOS

16. SALÁRIO SEMANAL NA DATA DO FERIMENTO

17. PRIMEIRO DIA DE FALTA AO TRABALHO

18. (a) VOCÊ RECEBEU SALÁRIOS DO SEU EMPREGADOR ENQUANTO FALTOU AO TRABALHO?
 Sim Não

(b) SE AFIRMATIVO, ATÉ QUAL DATA?

19. (a) VOCÊ VOLTOU AO TRABALHO DEPOIS DO FERIMENTO?
 Sim Não

(b) SE AFIRMATIVO, ATÉ QUAL DATA?

20. (a) PARA QUE VOCÊ VOLTOU AO TRABALHO (Dar o nome e o endereço)?

(b) POR QUAL SALÁRIO SEMANAL

21. NOME E CARGO DA PESSOA EMPREGADA PELO EMPREGADOR A QUEM VOCÊ COMUNICOU, OU QUE TIVESSE CONHECIMENTO DA SUA LESÃO

22. (a) VOCÊ RECEBEU BENEFÍCIOS POR ACIDENTE DE TRABALHO DO SEU EMPREGADOR OU DA SEGURADORA DELE PELA LESÃO ACIMA?
 Sim Não

(b) SE AFIRMATIVO, ATÉ QUAL DATA?

23. FOI CELEBRADO CONTRATO NÃO-PREJUDICIAL SOBRE BENEFÍCIOS POR ACIDENTE DE TRABALHO COM O EMPREGADOR OU A SEGURADORA DELE?

MARQUE ABAIXO OS BENEFÍCIOS QUE VOCÊ ESTÁ BUSCANDO

REMUNERAÇÃO POR INCAPACIDADE TOTAL DE A

REMUNERAÇÃO POR INCAPACIDADE PARCIAL DE A

BENEFÍCIOS MÉDICOS

SEM TEMPO PERDIDO

NOME DO CÔNJUGE DEPENDENTE E NOMES E DATAS DE NASCIMENTO DE FILHOS DEPENDENTES CONFORME DEFINIDO NA R.I.G.L. 1956 § 28-33-17)

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR UMA CIRURGIA IMPORTANTE, ESPECIFICAMENTE:

COMPENSAÇÃO ESPECÍFICA REFERENTE AOS SEGUINTE MEMBROS OU FUNÇÕES CORPORAIS: ADVOGADO

TESTEMUNHA E TAXAS DE XERIFES

Nome do Advogado

Assinatura do Empregado

Endereço e N°. de Tel. do Advogado

Data

Nº da Inscrição na Ordem

Assinatura do Advogado